**All’Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti**

**Punto Unico di Accesso**

□ Chieti □ Lanciano □ Vasto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DOMANDA DI ESTENSIONE DEL CONGEDO DI MATERNITA'**

 **ai sensi dell'art. 17 del D.L.vo n. 151/2001 e del D.M. 12.07.2007**

Io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ domiciliata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445\2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara che

**ATTUALMENTE:**

**1)** □ **DIPENDENTE;**

della Ditta/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esercente attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(settore lavorativo) con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mansioni di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in virtù di un contratto di lavoro:

 □ Tempo indeterminato □ Tempo determinato fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 □ Tempo pieno □ Tempo parziale a n. \_\_\_\_\_ ore di lavoro settimanali

 □ Turno notturno si □ no □

 assente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ per malattia/ferie/altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2)** □ **COLLABORATRICE;**

**3)** □ **ASSOCIATO IN PARTECIPAZIONE;**

**4)** □  **LIBERA PROFESSIONISTA NON ISCRITTA ALL'ALBO;**

 (Le lavoratrici di cui ai punti 2), 3) e 4) devono allegare alla domanda dichiarazione di iscrizione alla gestione

 separata dell'INPS di cui all'art. 2, comma 26, della legge 08.08.1995, n. 335)

**TROVANDOMI:**

□ Al \_\_\_\_\_ mese di gravidanza (data presunta di parto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ );

**CHIEDO L'INTERDIZIONE DAL LAVORO:**

□ **per complicanze della gestazione** (art. 17, c. 2, lett. a) del D.L.vo n. 151/2001)

 (periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

**SI ALLEGA:**

* **FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA’**
* **CERTIFICATO SPECIALISTICO (1)**
* **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ (2).**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di acconsentire, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo n. 196/2003, al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e nella documentazione allegata. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che il trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, sarà limitato all’uso consentito dalla legge per i relativi adempimenti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| SPAZIO RISERVATO AL PUA DEL DISTRETTO DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P E R R I C E V U T ADOCUMENTAZIONE PRESENTATA IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’utente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1) in originale, il certificato medico redatto da un medico specialista di una struttura pubblica (ospedale, distretto sanitario, consultorio, ecc.) che deve contenere i seguenti dati: generalità complete della lavoratrice, indicazione del datore di lavoro, mese di gestazione alla data della visita, data presunta del parto, diagnosi e periodo di riposo concesso; carta intestata, firma leggibile e timbro.

2) per le libere professioniste, inoltre, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà circa l'effettiva astensione dall'attività lavorativa durante il periodo di interdizione richiesto.